

일 지역 저소득층 여성가구주를 위한 임파워링 프로그램이 건강 삶의 질, 의사결정 자기효능, 자가관리 능력 및 합리적 의료이용에 미치는 효과*

안양희¹⁾ · 김기경²⁾ · 김기연²⁾ · 송희영²⁾

I. 서 론

1. 연구의 필요성

빈곤문제는 사회복지분야의 주요문제로 다루어져 왔으나, 그동안 빈곤여성에 대한 접근은 크게 부각되지 않았다. 그러나 IMF 경제위기 이후 가족갈등이나 해체 등의 이유로 여성가구주 가구가 증가하였고, 이에 따라 여성들의 빈곤계층 유입 가능성이 커지면서 정부 부처에서 이에 대한 대책 마련에 노력하고 있다. 일반적으로 여성은 경제적 측면과 보건의료 서비스의 접근성 측면에서 남성에 비하여 상대적으로 취약하며(Lee, 2004), 특히 빈곤과 질병이 동반될 경우 질병치료나 예방적 차원에서의 건강관리를 위한 비용지불에 대한 부담으로 질병 또는 건강을 더욱 악화시킬 수 있다. 따라서 빈곤여성들은 빈곤과 여성이라는 두 가지 측면의 문제를 복합적으로 안고 있기 때문에 일반여성보다 건강, 교육, 복지, 노동 등의 모든 부문에 걸쳐 취약하다고 볼 수 있다(Seok, 2004).

국가에서 일정수준이하 저소득층을 대상으로 그들의 의료문제를 보장해주는 의료급여제도에 의한 수급자들은 불필요한 장기입원과 중복 외래진료 등의 비율이 건강 보험자에 비하여 높고, 도덕적 해이에 따른 불필

요한 의료이용이 많은 것으로 보고되었다(Kim et al., 2007; Kim, 2008; Kim et al., 2009).

한편, 장기의료이용을 하는 여성 수급자들은 대부분 고혈압, 당뇨 등의 만성질환을 복합적으로 가지고 있었으며, 과반수는 부정적 건강행위와 2주 이상 지속되는 절망감을 느끼고 있는 것으로 보고되어(Kim, et al., 2007; Kim et al., 2009) 낮은 수준의 삶의 질을 나타내고 있음을 알 수 있다. 또한 일할 능력이 있는 경우라 하더라도 빈곤에 의한 무기력감이나 상대적 박탈감 등으로 삶의 질은 낮다(Kim, 2005).

그리고 다른 연구에서도 저소득층 여성의 경우 만성질환 유병률이 40% 이상이고 이 중 27.2%가 현재 치료를 받지 않고 있거나 혹은 중도에 중단하고 있으며 주관적으로 인지하는 건강상태도 좋지 않은 것으로 보고되었다(Kim, 2007). 또한 가구 총소득이나 직업 등이 거의 없는 상황이어서 의료 이용 요구는 높으나 이를 충족할 수 있는 자원은 부족한 것으로 나타났다(Lee & Kim, 2004). 특히 저소득층의 여성가구주는 개인적인 신체, 심리사회적 고충 외에 다른 가족구성원들의 심신 건강의 악화에 따른 부담감과 사회적으로 고립감을 경험할 수 있는 위험이 따른다(Sung & Song, 2006). 이러한 건강문제, 경제적 어려움 및 심리적 부담감 등은 경제적으로 취약한 여성들로 하여금

* 본 연구는 2008년도 연세대학교 원주의과대학 정책연구비에 의해 시행된 연구임.

1) 연세대학교 원주의과대학 간호학과 교수, 여성건강간호센터

2) 연세대학교 원주의과대학 간호학과 부교수, 여성건강간호센터(교신저자 송희영 E-mail: songhy @yonsei.ac.kr)

투고일: 2010년 5월 4일 심사완료일: 2010년 5월 12일 게재확정일: 2010년 8월 6일

자존감 저하와 우울 등의 문제를 초래할 수 있으며 (Kim, 2005), 나아가 무력감을 초래하게 된다.

이와 같이 저소득층 여성은 만성질환의 유병률이 높음에도 불구하고 치료를 제대로 받지 않고 있거나 의료 기관을 적절하게 이용하지 못하고 있어 자가 관리와 합리적 의료이용이 적절하게 이루어지지 않고 있다고 사료되며, 삶의 질도 낮은 것을 알 수 있다. 저소득층 여성가구주의 이러한 제반 문제를 해결하기 위해서는 일회성의 단편적 중재나 개입보다는 대상자 스스로 자신의 삶을 이끌어 나갈 수 있다는 개인적인 힘 또는 통제력을 향상시켜 스스로 개인의 문제를 해결할 수 있는 역량을 키워 주는 것이 필요하다.

개인의 통제력이나 효능감은 문제해결을 위한 행동을 스스로 선택할 수 있는 의지와 자신감의 증진에 의하여 이루어진다(Kwon, Choi, Kang, & Yang, 2008). 특히 효능감은 어떤 행위를 수행하는 능력에 대한 개인적 판단이나 신념으로(Bandura, 1989) 개인이 특정 행위를 성공적으로 수행할 수 있다는 믿음이 있을 때 그 행위를 수행하게 되며 이러한 믿음은 긍정적인 성취 경험을 통해서 증진될 수 있다. 그러므로 저소득층 여성들이 자신이 처한 사회의 다양한 측면의 취약성을 극복하고 적극적으로 문제를 해결할 수 있는 역량을 증진시키는 것은 이러한 긍정적 경험을 통한 효능감 증진에 효과적이라 하겠다.

임파워링(empowering) 전략은 개인이 이미 가지고 있는 강점과 자원에 초점을 두는 것으로(Robins, Chattejee, & Canda, 1998) 개인의 역량을 증진시킨다. 선행연구에서도 임파워링 전략을 통한 개인의 삶에 대한 통제력과 자아의식 증진 효과가 보고되었다(Byen, 2006; Choi, 2008; Lee, Kim, & Lee, 2007; Lee, 2002). 따라서 이러한 임파워링 전략을 활용한 중재는 저소득층 여성가구주의 개인적 통제력과 효능감 향상을 통해 자신이 처한 문제해결에 필요한 의사결정, 질병관리를 위한 자가관리와 합리적 의료이용이 증진되고 더 나아가 건강 삶의 질의 증진도 기대할 수 있을 것이다.

선행연구를 살펴보면 한부모 가족 여성가구주나 저소득층 여성가장과 같은 저소득층을 대상으로 한 중재는 지방자치 단체 주도의 일회성 캠프나 체험프로그램 또는 후원금, 자활후견기관 주도의 취업과 창업을 위한

교육프로그램, 그리고 인력개발 센터 주도로 제공되는 단기간의 취업과 고충상담, 법률 상담 등이 대부분이다(Kwon & Soe, 2008; Song, 2006; Park, 2007). 이들 프로그램은 경제적 측면 또는 심리·정서적 지지 등 일부분에 초점을 두고 일회성 또는 단기성으로 이루어져 왔다.

그러나 앞서 살펴본 바와 같이 저소득층 여성 가구주들은 신체적, 심리 정서적 및 사회적 측면에서 보건과 복지문제를 복합적으로 가지고 있다. 그러므로 이러한 문제를 해결하고 자신의 취약성을 극복하기 위해서는 개인의 통제력에 대한 효능감 증진을 통해 문제해결에 필요한 역량을 갖추고, 특히 만성질환을 동반하고 있는 경우가 많으므로 스스로 관리할 수 있는 능력을 키울 수 있도록 보건과 복지가 통합된 서비스제공이 필요하다.

이에 본 연구는 저소득층 여성 가구주를 대상으로 파트너십과 강점기반의 전략을 활용한 임파워링 프로그램을 제공하고 그 효과를 확인하고자 시도되었다.

2. 연구 목적

이 연구의 목적은 저소득층 여성가구주의 역량 구축을 위한 임파워링 프로그램을 제공하여 대상자의 건강 삶의 질, 의사결정 자기효능감, 자가관리 능력 및 합리적 의료이용에 미치는 효과를 규명하는 것이며, 궁극적으로 여성 스스로 자신의 삶에 대한 통제력을 향상시키는데 기여하기 위함이다.

3. 용어 정의

1) 건강 삶의 질

건강 삶의 질은 개인의 건강이나 건강인지에 영향을 미치는 주관적이고 일반적인 삶의 질을 말한다(Zack, Moriarty, Stroup, Ford, & Mokdad, 2004). 이 연구에서는 건강상태, 일상수행능력, 통증, 우울, 건강 관심도, 주거환경, 지지체계 등에 대한 8문항의 건강 삶의 질 도구를 이용하여 측정된 점수를 의미한다.

2) 의사결정 자기효능감

자기효능감은 어떤 행위를 수행하는 능력에 대한 개

● 일 지역 저소득층 여성가구를 위한 임파워링 프로그램이 건강 삶의 질, 의사결정 자기효능, 자기관리 능력 및 합리적 의료이용에 미치는 효과 ●

인적 판단과 성공적으로 수행할 수 있다는 믿음이나 신념을 말하며(Prochaska & DiClemente, 1983), 의사결정은 처한 상황 내에서 필요에 따라 목표를 선택하고 그 시점에서 이용 가능한 다양한 자원이나 수단을 선택하는 것이므로(Kim, 2001) 의사결정 자기효능감은 선택에 대한 믿음이나 신념이라 할 수 있다. 이 연구에서는 의료이용에 대한 의사결정 자기효능감을 묻는 2문항으로 측정된 점수를 의미한다.

3) 자기관리 능력

인간은 자신의 생명, 통합된 신체·정신·사회적 기능 및 안녕을 위해 자신이나 환경에 대해 필요로 되는 행동을 수행한다(Lee, Kim, Lee, Lee, & Jung, 2009). 이러한 행동들은 개인이 자신의 건강을 유지하기 위한 자가 간호 또는 자가 관리라 할 수 있으며 건강의 조건 및 주변 상황을 알고 합리적으로 스스로를 관리하는 중요하다. 이 연구에서는 여성 가구주들이 만성질환을 스스로 관리하는데 있어서 필요로 되는 질병지식과 제도이해, 치료순응도 및 건강행위를 묻는 6문항으로 측정된 점수를 의미한다.

4) 합리적 의료이용

합리적 의료이용은 개인의 질병상태 또는 건강수준에 적합한 의료이용(입원, 외래, 약물)을 하는 것이다(Kim et al., 2009). 이 연구에서는 전반적 의료이용의 적정성, 의료소평, 이용기관 전문수준, 이용기관 수 및 중복처방 정도를 묻는 5문항으로 측정된 점수를 의미한다.

II. 연구 방법

1. 연구 설계

이 연구는 저소득층 여성의 자기역량구축을 위하여 개발한 임파워링 프로그램의 운영을 통해 그 효과를 검증해 보기 위한 단일군 전후설계이다.

2. 연구 대상

연구대상은 국민 기초생활 보장법과 의료 급여법에

의한 W시 의료급여 수급자이면서 보건소 방문보건사업 대상으로 등록되어 있는 사람을 근접모집단으로 하여 다음과 같은 기준에 따라 선정하였다. 즉, 소득인정액이 최저생계비 이하 또는 최저생계비의 120% 이하 가구에 속한 여성 중 가구주에 해당하는 사람(Korean Ministry of Government Legislation, 2010)으로 청각 및 시각장애로 인한 의사표현 장애와 인지장애가 없으며 연구 목적을 이해하고 자발적 참여에 대해 서면으로 동의한 30명을 편의 표집 하였다. 이중 대담이 불충분한 자료 2명을 제외한 28명이 최종 분석대상이었다.

3. 임파워링 프로그램

1) 프로그램 구성

프로그램의 틀은 요구중심(need-focused)의 전통적 사고로부터 강점중심(asset-focused)으로의 사고변화를 추구하는 임파워먼트 개념을 기본으로 하였다. 즉 문제에 고착되기 쉬운 사고를 능동적이며 해결중심의 사고, 현재와 미래 중심적 사고, 그리고 긍정적 사고로 변화를 유도하고 이를 통해 문제해결 능력을 갖도록 하는 것이다. 이러한 사고의 변화와 문제해결 능력의 신장은 저소득층 여성이 당면한 다양한 취약성을 극복하고 적극적 사회참여를 통해 적용할 수 있는 개인의 역량 축진을 돕는다(Kwon & Soe, 2008; Song, 2006; Robins et al., 1998). 따라서 본 연구에서는 임파워링 프로그램을 통해 여성이 자신의 문제를 인지하고, 문제 해결을 위해 바람직한 방향으로 변화할 의지를 가지며, 주변의 재정적, 물리적, 인적 자원들을 알고 활용함으로써 문제를 해결할 수 있는 동기화를 이루도록 하는 것을 목표로 하였다.

2) 중재

프로그램은 초기, 활동 및 종결의 3단계로 구분되었다. 초기단계는 대상자와의 치료적 간호관계를 형성하였고(1회), 활동단계에서는 자가질병관리(2회), 약물관리(2회), 사회심리 지지(6회)를 위한 교육 및 정보 제공, 모니터링, 상담, 지지자원 연계 등의 활동이 이루어졌으며, 종결단계는 대상자와의 치료적 간호관계를 마무리(1회)하는 내용으로 구성되었다(Table 1). 임

Table 1. Summary of the Empowering Program in This Study

		Aim	Contents	Frequency of session
Introduction		Establishing initial nursing relationship	Mentor-mentee relationship	1
	Self-care of disease	-Understanding the disease. -Practicing self management of the disease	- Education for disease management using clinical guideline - Monitoring compliance of self-management of disease	2
Main activity	Medication management	-Understanding importance of the medication -Medication compliance	- Education for proper medication using clinical guideline - Monitoring medication compliance	2
	Psycho-social support	-Enhancing mental health -Understanding medicaid	- Providing information on medical care system and reasonable use - Counselling for psycho-social support - Liaison of support resources.	6
Ending		Closing relationship	End	1

파워링 프로그램은 주 1회의 가정방문을 통해 총 3개월 동안 진행되었다.

대상자와의 라포를 형성하여 신뢰감을 갖게 된 후, 제작된 매뉴얼에 의한 교육과 관련 정보제공을 통하여 대상자가 질병과 약물에 대한 지식을 갖도록 하였다. 모니터링은 중간과정 점검에 대한 평가로서 계획된 대로 진행 파악과 더불어 예기치 않게 발생하는 문제를 해결하기 위함이었다. 상담 및 지지자원 연계는 대상자의 사회 심리적 지지를 통하여 개인의 의지와 동기화를 이루기 위함이었다. 이러한 활동을 위한 접근전략으로 간호사와 사회복지사가 파트너십을 이루어 대상자의 복합적 요구에 대하여 통합 접근을 시도하였고, 또한 대상자의 문제나 요구보다는 문제해결에 초점을 두고 강점기반의 접근을 통하여 대상자의 사고의 틀 변화가 이루어지도록 하였다. 즉, 대상자가 과거에 성공적으로 이루었던 경험이나 현재 잘하고 있는 점이나 능력을 바탕으로 하였다.

임파워링(empowering) 전략은 개인이 이미 가지고 있는 강점과 자원에 초점을 두고(Robins et al., 1998), 일차적으로 교육을 통하여 사고의 변화를 유도하여 자신의 문제해결을 위한 역량을 키우는 것이다(Ahn, 2007). 따라서 임파워링 접근에 의한 중재를 통해 여성가구주들은 자신들의 질병관리에 필요한 지식이나 기술에 대한 구체적 정보를 얻음으로써 질병을 이해하고, 상담과 지역의 자원연계에 의하여 심리사회적 지지를 얻게 되어 사회적으로 안정감을 가지게 될 것이다. 그리하여 동기화가 증진되고 자신감을 얻음

으로써 스스로 의사결정을 할 수 있고 자기관리 능력이 증가되어 합리적 의료이용을 할 것이며, 결과적으로 건강 삶의 질을 증진시킬 것으로 기대할 수 있다.

3) 프로그램 운영

프로그램 운영은 연구책임자, 사례관리자, 중재자를 중심으로 진행하였다. 연구책임자는 프로그램 운영을 총괄하였고, 사례관리자는 30년의 지역사회 실무경험과 보건학 석사 및 상담학을 수료한 자가 담당하여 대상자 관리 및 중재자들을 관리하였다. 중재자들은 실무경험이 있고 저소득층 여성의 건강과 복지를 위해 자발적으로 서비스를 제공하고자 하는 사명감을 지닌 전문간호사 또는 사회복지사의 면허/자격을 갖추고 전문상담교육을 수료한 자로서 간호사 4명과 사회복지사 1명을 선발하여 대상자 가정을 직접 방문하여 서비스를 제공하였다. 이때 간호사는 건강관리영역에 주 초점을 두고 접근하였고, 사회복지사는 복지 및 상담영역에 주 초점을 두되, 함께 방문하여 대상자의 문제파악 및 서비스를 제공하였다.

프로그램 제공시 중재자간의 표준화된 서비스 질 보장을 위해 연구팀은 다음과 같은 중재자 교육과 훈련 과정을 거쳤다. 첫째, 중재를 위한 임파워링 매뉴얼을 제작하였으며, 매뉴얼은 면담기법, 만성질환과 약물관리, 생활습관관리, 정신건강관리, 합리적 의료이용을 위한 의사결정의 내용으로 구성하였다. 둘째, 매뉴얼의 내용을 토대로 중재자들에게 기본교육(4시간)을 제공하였다. 그 외에도 주 1회 사례검토회의를 실시하여

프로그램 제공시 사례문제 진단 및 수행 등에 대한 논의 및 예상치 않게 나타난 문제(예: 대상자의 적절성, 대상자의 서비스 거절 또는 물질적 서비스 요구 등)에 대한 대처방안을 모색함으로써 중재 초기에 표준화된 중재의 틀과 내용이 유지되도록 중재자들을 관리하였다.

4. 연구 도구

프로그램의 효과 측정을 위한 연구도구는 보건복지가족부 의료급여사업지침(2008)에서 제시한 사례관리 요구도 측정도구를 수정·보완하여 사용하였다. 원 도구는 타당도와 신뢰도가 검증된 것으로(Ahn et al., 2010) 건강 삶의 질, 자기관리, 합리적 의료이용의 세 영역으로 구분되며 총 19문항의 도구이다. 각 영역별로 살펴보면, 건강 삶의 질 영역은 건강상태, 일상수행 능력, 통증, 우울, 건강관심도, 주거환경, 지지체계 등의 총 8문항으로 구성되었고, 5점 척도로서 전체 8-40점의 범위를 갖는다. 자기관리 영역은 질병지식 및 제도이해 2문항, 치료순응도 및 건강행위 4문항으로 총 6문항으로 구성되었고, 5점 척도로서 전체 6-30점의 범위를 갖는다. 합리적 의료이용 영역은 전반적 의료이용의 적정성 1문항은 10점 척도, 의료쇼핑, 이용기관 전문수준, 이용기관 수, 중복처방 정도의

4문항은 5점 척도로 구성되었고, 전체 5-30점의 범위를 갖는다.

본 연구를 위해 수정·보완한 문항은 자기관리 영역의 건강행위 중 건강생활습관과 위생 및 예방관리를 원 도구에서는 각각 1 문항으로 측정하였으나, 본 연구에서는 건강생활습관을 금연, 절주, 운동, 식이의 4 문항으로, 그리고 위생 및 예방을 위생, 청결, 건강검진, 예방접종의 4문항으로 세분화하여 6문항이 추가되었다. 이는 본 연구의 목적을 달성하기 위해 대상자의 자기역량상태를 구체적으로 확인하기 위함이었다. 그리고 이 연구대상자의 특성상 자기 의사결정 능력이 부족하여 합리적으로 의료이용을 하지 못한다고 판단되어 의료이용에 대한 의사결정 자기효능감을 묻는 2문항을 새로 추가하였다. 따라서 본 연구에 사용된 도구는 건강 삶의 질, 의사결정 자기효능감, 자기관리 능력, 합리적 의료이용의 하부영역으로 구성되었으며, 총 27문항이었다. 이 중 26문항은 5점 척도, 그리고 합리적 의료이용 영역의 의료이용 적정성 1문항은 10점 척도이며 각 하부영역에서 점수가 높을수록 요구도가 낮음을 의미함과 동시에 역량이 높음을 의미한다. 수정·보완한 도구는 지역사회 간호와 지역사회 주민대상 중재 연구 경험이 풍부한 간호학 교수 4인에게 의뢰하여 내용타당도를 확인하였으며, 신뢰도 측정결과는

Table 2. Summary of Instruments in the Study

Variables	Contents	No. of item	Range of scores	Total scores	Reliability
Health quality of life(HQOL)	Health status	1	1- 5	40	.843
	Activity of daily living	1	1- 5		
	Pain	1	1- 5		
	Depression	1	1- 5		
	Health concern	1	1- 5		
	Environmental health	1	1- 5		
	Social support system	2	2-10		
Decision making self-efficacy	Medical service choice	2	2-10	10	.961
Self-care competency	Understanding disease status	1	1- 5	60	.888
	Understanding medicaid program	1	1- 5		
	Control symptom and condition	1	1- 5		
	Medication	1	1- 5		
	Lifestyle management	4	4-20		
	Hygiene and prevention	4	4-20		
Reasonable medical care utilization	General proper use of medical care	1	1-10	30	.917
	Medical care shopping	1	1- 5		
	Level of service used by clients	1	1- 5		
	Number of medical institution used by clients	1	1- 5		
	Level of prescription duplication	1	1- 5		

Table 2와 같다.

일반적 특성은 인구학적 특성(연령, 가족형태, 학력, 종교, 주거형태, 월 소득)과 의료급여유형, 건강상태 및 간호문제를 포함하여 9 문항으로 구성하였다.

5. 자료 수집 절차 및 방법

자료수집절차는 1단계로 연구책임자가 보건소 건강 증진과를 방문하여 연구목적과 내용을 설명하여 협력 관계를 구축하였고, 2단계는 보건소 방문보건간호사들이 가정방문을 통해 연구목적과 내용들을 설명하고 대상자로부터 동의를 얻었다. 3단계는 중재자가 방문하여 연구에의 참여를 대상자로부터 재확인한 후, 사전조사를 실시하였고, 4단계는 대상자의 사정자료를 기반

으로 임파워링 프로그램을 실시하였으며, 마지막 5단계는 12회의 프로그램을 마친 후, 사후조사를 실시하였다. 자료수집방법은 중재자들이 가정방문을 통한 직접 면담에 의해 이루어졌으며, 수집기간은 사전, 사후 각 2009년 3월과 6월에 실시되었다.

6. 자료 분석 방법

자료 분석은 PASW Statistics 17을 활용하였으며, 자료 분석 방법은 대상자의 일반적 특성과 연구변수는 실수, 백분율, 평균과 표준편차로 분석하였으며, 프로그램 적용 전과 후의 점수 차이는 paired t-test로 분석하였다.

Table 3. General Characteristics of Participants*

(N=28)

Variables	Category	Frequencies	%	M±SD
Age	50-59	2	6.9	70.90±7.18
	60-69	10	34.4	
	70-79	15	51.8	
	80 ≥	2	6.9	
Type of Family	Single elderly	14	51.9	
	Single elderly & grandchild	3	22.2	
	elderly couple & children	3	11.1	
	elderly couple	6	11.1	
	Others	1	3.7	
Education	Uneducated	15	51.7	
	Middle school	12	41.4	
	High school	2	6.9	
Religion	Church	6	66.7	
	Buddhism	1	11.1	
	Catholic church	1	11.1	
	No religion	1	11.1	
Housing	Owner	12	41.5	
	Monthly rent	11	37.9	
	Lease	4	13.8	
	Others	2	6.8	
Monthly income	National patriots pension	6	66.7	
	National basic livelihood security grants	3	33.3	
Type of medicaid	Class I beneficiary group of national basic livelihood security	18	66.7	
	Class I patriots	5	18.5	
	Class II beneficiary group of national basic livelihood security	2	7.4	
	Class II beneficiary group of near poor	3	11.1	
Health status	Disease	19	73.1	
	Disease + disability	4	15.4	
	Disease + weakness	2	7.7	
	Disability	1	3.8	
Areas of problem	Health/disease care	9	34.7	
	Health/disease care + psycho-social support + others	17	65.3	

* The unanswered were excluded

III. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성을 정리하면 Table 3과 같다. 대상자는 저소득층 가구주 여성 28명으로 평균 연령은 70.90세(표준편차 7.18, 범위 30)이었고, 대상자의 51.9%가 독거 가구주였다. 주거형태는 자가 및 월세가 각각 41.4%와 37.9%, 그리고 66.7%가 국민기초생활수급권자 1종으로 나타났다.

대상자의 건강상태는 질병을 가지고 있는 대상자가 전체의 73.1%로 가장 많았고, 따라서 간호문제영역으로 건강/질병관리가 34.7%로 나타났으며, 건강/질병관리 외에 심리사회적 지지가 필요로 되는 경우가 65.3%였다.

2. 프로그램 효과 검증

대상자들의 건강 삶의 질, 의사결정 자기효능감, 자기관리 능력 및 합리적 의료이용 점수는 프로그램 적용 이후 적용 전에 비해 모두 통계적으로 유의한 증가를 나타냈으며, 이를 분석한 결과는 Table 4와 같다.

건강 삶의 질은 프로그램 전과 후에 21.00점(표준편차 3.38)에서 25.00점(표준편차 3.14)로 유의하게 증가하였으며($t=-5.83, p<.001$) 하부 영역에서는 프로그램 적용 후 건강상태, 일상생활 수행능력 및 건강 관심도는 유의하게 증가한 반면, 통증과 우울은 유의하게 감소하였으나 주거환경점수는 변화가 없었다. 지지체계 구축은 프로그램 전과 후에 각각 2.91점(표준편차 0.73)에서 3.28점(표준편차 0.68)으로 유의하게 증가했다($t=-2.83, p=.010$).

Table 4. Comparison of Study Variables by Paired t-test (N=28)

Variables	Pretest	Posttest	t	p
	M±SD	M±SD		
Health quality of life(HQOL)	21.00±3.38	25.00±3.14	-5.83	<.001
Health status	2.31±0.80	3.00±0.72	-7.66	<.001
Activity of daily living	3.62±0.82	3.96±0.96	-3.04	.005
Pain	2.90±0.77	1.54±0.74	4.09	<.001
Depression	3.04±0.76	1.57±0.57	4.37	<.001
Health concern	3.00±0.80	3.60±0.63	-4.16	<.001
Environmental health	4.36±1.15	4.36±1.16	.000	1.000
Support system	2.91±0.73	3.28±0.68	-2.83	.010
Decision making self-efficacy	7.07±1.84	8.07±1.27	-4.86	<.001
Self-care competency	43.22±7.01	48.56±5.73	-8.16	<.001
Understanding disease status	3.59±0.78	4.07±0.38	-4.58	<.001
Understanding medicaid program	3.43±0.79	4.07±0.47	-5.59	<.001
Control symptom and condition	3.24±0.99	3.86±0.80	-6.09	<.001
Medication	3.93±0.59	4.32±0.55	-4.18	<.001
Lifestyle management				
Smoking	4.48±1.24	4.54±1.26	-1.44	.161
Drinking	4.69±0.60	4.86±0.36	-1.99	.057
Exercise	2.66±1.26	3.54±1.10	-6.86	<.001
Diet	3.00±1.10	3.75±0.89	-6.60	<.001
Hygiene and prevention				
Hygiene	4.03±0.63	4.21±0.57	-2.27	.031
Cleanliness	4.00±0.60	4.21±0.57	-3.00	.006
Health examination	3.24±0.83	3.43±0.84	-2.55	.017
Vaccination	3.17±0.80	3.50±0.69	-2.59	.015
Reasonable medical care utilization	24.15±4.74	26.15±2.88	-3.97	.001
General proper use of medical care	7.72±1.69	8.60±0.99	-4.94	<.001
Medical care shopping	4.14±0.83	4.43±0.57	-2.83	.009
Level of service used by clients	4.10±0.82	4.39±0.50	-2.83	.009
Number of medical institution used by clients	4.00±0.89	4.39±0.60	-2.52	.018
Level of prescription duplication	4.07±0.80	4.33±0.55	-2.56	.017

의사결정 자기효능감도 프로그램 전과 후에 7.07점(표준편차 1.84)에서 8.07점(표준편차 1.27)로 유의하게 증가하였다($t=-4.86, p<.001$).

자가관리 능력도 프로그램 전 43.22점(표준편차 7.01)에서 프로그램 적용 후 48.56점(표준편차 5.73)으로 유의하게 증가하였다($t=-8.16, p<.001$). 하부영역에서는 질병상태와 의료급여 제도 이해, 신체증상 관리 및 상태조절, 약물복용 조절, 그리고 위생 및 예방 점수 모두 프로그램 전에 비해 프로그램 적용 후 유의하게 증가하였으나, 생활습관 관리 중 금연과 절주 점수의 변화는 통계적으로 유의하지는 않았다.

합리적 의료이용은 프로그램 전과 후에 각각 24.15점(표준편차 4.74)에서 26.15점(표준편차 2.88)로 유의하게 증가하였으며($t=-3.97, p=.001$), 특히 전반적 의료이용 적정성이 프로그램 전 7.72점(표준편차 1.69)에서 프로그램 후 8.60(표준편차 0.99)로 가장 크게 증가하였다.

IV. 논 의

이 연구는 저소득층 여성가구의 역량 구축을 위한 임파워링 프로그램을 개발 및 적용하여 대상자의 건강 삶의 질, 의사결정 자기효능감, 자가관리 및 합리적 의료이용에 미치는 효과를 제시하였다.

임파워링 프로그램은 개인에게 잠재적 통제력을 최대한 발휘하도록 하고, 지지를 제공하기 위한 것으로 이 연구에서는 전문적 실무경험이 있거나 전문상담교육을 수료한 간호사(4명)와 사회복지사(1명), 총 5명의 중재자들이 12회의 중재를 통해 대상자들이 필요로 하는 정보와 기술 제공뿐만 아니라 모니터링과 상담 등을 제공하였다. 이를 통해 중재자들은 단순한 정보나 기술에 대한 교육 제공뿐만 아니라 일대일 관계 속에서 대상자들에게 의미 있는 경험을 주는 타인(Byen, 2006)으로서의 역할을 수행함으로써 프로그램에 참여한 여성가구들이 건강 삶의 질, 의사결정 자기효능감, 자가관리 능력 및 합리적 의료 이용이 향상된 것으로 볼 수 있다.

건강 삶의 질의 하부영역에서 변화를 살펴보면 건강 상태, 일상생활 수행능력 및 건강관심도가 증가하고 통증과 우울이 감소하였는데, 이는 저소득층 여성 가구주

를 위한 프로그램을 적용하여 생의 의미 증진을 보고한 연구(Choi, Lee, Kim, & Shin, 2000) 그리고 저소득층 여성에게 해결중심 집단상담 프로그램을 적용하여 자존감이 증가하고 우울은 감소하였다(Kim, 2005)는 연구보고와 일부 일치하는 결과이었다.

이 연구에 참여한 여성가구주들의 합리적 의료이용이 증가되고 하부영역인 의료이용 선택과 전반적 의료이용의 적정성, 구체적으로 의료쇼핑, 이용기관 전문수준, 이용기관 수 및 증복처방 정도가 문제가 없는 수준으로 점차 향상된 것은 매우 의미 있는 결과라 하겠다. 즉, 의료이용 선택의 향상은 자신의 건강상태에 적합한 의료이용을 스스로 선택하고 타인의 의료이용 권유에 대해 그 타당성을 다시 한번 생각한 후 선택함으로써 자율적 행위 수행에 대한 긍정적 경험을 함으로써 자기효능을 높이고 자기 효능에 근거한 의사결정 자기효능감의 향상을 유도한 것으로 유추할 수 있다. 이는 본 연구의 중재가 임파워링 프로그램이 개인의 통제력과 자아의식 증진에 기여한다는 선행문헌들(Byen, 2006; Lee et al., 2007; Lee, 2002)에 근거하여 여성가구주들이 당면하고 있는 제반 문제들에 대한 심리적 통제능력과 자아의식 강화에 초점을 두어 개인이 문제 해결의 주체가 되도록 개인의 역량 구축에 초점을 두어 중재를 제공한 결과라 사료된다.

자가관리 능력도 향상되어 하부 영역인 신체증상 관리 및 상태 조절, 약물복용 조절, 금연, 절주, 운동 및 식이 등의 생활습관관리, 그리고 위생, 청결, 건강검진 및 예방접종과 같은 건강을 위한 행위 수행이 증가되었는데, 이러한 건강행위 수행의 증진은 신체적 건강과 기능 수행뿐만 아니라, 심리정서적 측면에도 영향을 미쳐 전반적인 건강 삶의 질이 증진되는 결과에도 기여하였을 것으로 유추할 수 있겠다. 이는 본 연구의 임파워링 프로그램이 선행 연구들에서 여성가구주가 가지고 있는 문제 중 가장 비율이 높은 것으로 제시된 건강문제(Kim, 2005; Song, 2006; An, 2003)에 대해 모니터와 상담 등으로 적극적인 개입을 통해 중재한 결과라 사료된다. 실제로 본 연구의 대상자들은 70% 이상이 당뇨나 고혈압 등과 같은 만성질환을 한 가지 이상 가지고 있는 것으로 나타났고, 중재자들이 임파워링을 위해 대상자들에게 가장 많이 제공한 서비스도 이러한 만성질환 관리에 대한 모니터링과 상담이

었다. 따라서 여성 가구주의 자기관리 능력의 향상을 위해서는 이들이 가진 다양한 문제 중 가장 높은 비율을 차지하고 있는 건강문제에 대한 중재가 반드시 필요하다. 특히 여성 가구주들이 가족부양과 취업을 병행하고 있고(Song, 2006) 건강문제가 이들의 경제활동 참여에 부정적 영향요인이라는 것(Kang, Shin, & Sung, 2001; Song, 2006)을 고려할 때 저소득층 여성가구주들이 스스로 자기관리를 할 수 있도록 역량을 구축하는 것은 매우 중요하다.

저소득층은 건강상태가 좋지 않은 반면 가구 총소득이나 직업 등에서 불리한 여건에 있어 의료 이용 요구는 높으나 이를 충족할 수 있는 자원은 부족하다(Lee & Kim, 2004). 그러나 실제 의료급여수급자의 의료기관 이용여부를 볼 때, 입원, 외래 약국 등 모든 측면에서 일반인들보다 높은 것으로 나타났다(Kim, 2008). 이는 사회적 측면의 의료비용의 증가 뿐 만 아니라 저소득층 개인에게 있어서도 의료 이용량이 많다는 것이 곧 개인의 의료 서비스 욕구의 적절한 충족과 연결되지 않을 수 있음을 고려할 때 여성가구주들이 합리적으로 의료이용을 하도록 하는 것은 매우 중요하다 하겠다.

이 연구는 단일군 전후 설계로 진행되어 프로그램의 효과를 직접 비교할 수 있는 대조군이 없어 연구결과를 일반화하는 데에 제한이 있다. 그러나 이는 인간을 대상으로 한 실험연구에서 대조군과 실험군에 각기 다른 중재를 주고 효과를 비교하는 연구의 경우, 실험군에 대한 중재가 유의한 효과를 나타낼 개연성이 확실할 때 윤리적으로 문제가 될 수 있음을 고려한(Resnik, 2008) 것이었다. 또한 의료급여대상자이면서 방문보건대상의 조건을 만족시켜야 하는 본 연구의 특성 상 대상자 수가 제한되었고, 제한된 연구기간으로 인하여 대조군 설정에 의한 연구수행이 현실적으로 불가능하였다.

그리고 중재자가 자료 수집을 하여 이중 맹검이 이루어지지 않았으므로 중재 효과에 대한 중재자와 대상자의 기대 정도가 대상자의 반응에 영향을 미쳤을 가능성을 배제할 수 없다. 이러한 제한점을 최소화하기 위해 중재자들에 대한 사전 훈련을 통해 자료수집과정에서 대상자의 반응을 최대한 이끌어 내도록 하였다. 그러나 연구결과 해석 시 이러한 제한점이 중재의 효

과에 영향을 미쳤을 가능성을 고려하여야 할 것이며, 추후에는 대조군을 두고 이중 맹검을 적용한 연구가 수행되어야 할 것이다.

그러나 이러한 제한점에도 불구하고 이 연구에서는 저소득층 여성가구를 대상으로 협력적 파트너십 전략으로 보건과 복지요구를 동시에 충족시키고 기존의 요구중심 접근이 아닌 강점을 기반으로 한 임파워링 접근을 시도한 점에서 그 의미가 있다고 하겠다.

V. 결 론

저소득층 여성가구주들은 일반적으로 빈곤, 취업, 가족부양 등의 문제를 복합적으로 가지고 있으며 삶의 질이 낮고, 만성질환 유병률도 상대적으로 높는데 비해 적절한 의료이용이나 자가 관리가 이루어 지지 못하고 있다. 따라서 이들의 삶의 질 향상을 이루고 스스로의 사결정을 통한 의료이용이나 자가 관리를 할 수 있는 중재가 요구된다.

이 연구는 저소득층 여성가구의 역량구축을 위한 임파워링 프로그램이 이들의 건강 삶의 질, 의사결정 자기효능감, 자기관리 능력, 그리고 합리적 의료이용에 미치는 효과를 검증하기 위한 단일군 전후 설계로 진행되었다. 연구대상은 저소득층 여성 가구주로서 W시 의료급여 관리대상자이면서 보건소 방문보건대상으로 등록되어 있는 28명을 대상으로 총 12회의 임파워링 프로그램이 제공되었다. 임파워링 제공 후 전보다 저소득층 여성가구의 건강 삶의 질, 의사결정 자기효능감, 자기관리 능력 및 합리적 의료이용이 유의하게 증가하였다. 이상의 결과를 바탕으로 다음과 같이 제언을 한다.

첫째, 이 연구에서의 효과를 타당화 할 수 있도록 연구방법을 정련화하여 대상자 수를 늘리고 대조군을 포함하며 이중 맹검을 적용한 반복연구를 제언한다.

둘째, 이 연구에서 개발된 임파워링 프로그램을 지역사회 보건·복지 기관(보건소 및 복지관 등)에서 활용할 것을 제언한다.

References

Ahn, Y. H. (2007). Community capacity building

- and community health nursing. *J Korean Acad Pub Health Nurs*, 21(1), 102-109.
- Ahn, Y. H., Kim, E. S., Chang, S. J., Ham, O. K., Kim, S. H., & Kim, S. O., et al. (2010). *Psychometric evaluation of case management need assessment instrument for medical aid beneficiaries*. Ministry of Health and Welfare · Korea Human Resource Development Institute for Health and Welfare · Medical Aid Program Center · Yonsei University.
- An, J. (2003). Daily life and needs of the poor elderly women: Focused on Sangdong area in Mokpo city. *J Res Gerontol*, 12, 85-110.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *Am Psychol*, 44(9), 1175-1184.
- Byen, S. H. (2006). *An analysis of the reality of mentoring of teenagers on probation and ways to revitalize the mentoring*. Unpublished master's thesis, Keimyung University, Daegu.
- Choi, S. O., Lee, J. J., Kim, S. N., & Shin, K. I. (2000). The effect of the group counseling program of unemployed matriarch on improving the meaning in life. *J Couns Psychother*, 12(2), 127-146.
- Kang, N. S., Shin, E. J., & Sung, J. H. (2001). *Proceeding of the seminar for poverty-free society*. Korean Women's Association United.
- Kim, E. S., Lee, J. R., Yoo, W. S., Lee, Y. P., Lim, S. J., & Cho, J. H., et al. (2009). *Case management for utilizing reasonable medical service of long-term hospitalized patients among medical aid beneficiaries*. Seoul: Center for Medicaid in Korea.
- Kim, E. S., Nam, J. J., Kim, M. Y., Ko, I. S., Lee, D. M., & Kim, K. S., et al. (2007). *Long-term medical service use status of medical aid beneficiaries and it's improvements*. Seoul: Yonsei University College of Nursing, Institute of Nursing Policy.
- Kim, G. Y. (2001). *Development of a self-care program for chronic heart failure patients using a decision tree*. Unpublished doctoral dissertation, Yonsei University, Seoul.
- Kim, H. M. (2005). The effect of the solution-focused group counseling program on the self-esteem and depression of low-income women. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*, 14(1), 5-12.
- Kim, J. G. (2007). Study on determinants of medical care utilization behavior of the poor. *J Soc Welf Stud*, 34, 29-53.
- Kim, J. G. (2008). Factors affecting the choice of medical care use by the poor. *J Soc Welf stud*, 37, 5-33.
- Korean Ministry of Government Legislation (2010). Law for national basic livelihood security. Retrieved July 14, 2010. From the <http://www.law.go.kr>.
- Kwon, I. S., Choi, S. Y., Kang, Y. S., & Yang, Y. O. (2008). A study on the relationship between breastfeeding empowerment and self-confidence in the maternal role of breastfeeding mothers. *Korean J Women Health Nurs*, 14(1), 20-27.
- Kwon, J. H., & Soe, I. H. (2008). A study on program design development for single mother in Korea: An exploratory study for establishing design validity. *Korean J Fam Soc Work*, 24(12), 121-160.
- Lee, I. S. (2004). Characteristics of needs for visiting services among vulnerable population. *J Korean Acad Nurs*, 34(6), 1025~1034.
- Lee, I. S., Kim, D. K., & Lee, H. N. (2007). The relation between the use of independent living service and community participation and employment and mediation effect of empowerment. *J Vocat Rehabil*, 17(1), 5-24.

- Lee, I. S., & Kim, S. W. (2004). The factor influencing behavior of health care of medicaid recipients. *Yonsei Social Welfare Review*, 11, 66-99.
- Lee, M. K. (2002). *Self-reliance & empowerment practice*. Seoul: Publishing House of Sharing.
- Lee, S. W., Kim, J. H., Lee, B. S., Lee, E. H., & Jung, M. S. (2009). *Understanding the Nursing Theory*. Seoul: Sumonsa.
- Park, S. Y. (2007). An exploratory study on the client's empowerment at the initial stage of case management services for women in low income family. *J Soc Sci*, 26(1), 173-192.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*, 51, 390-395.
- Resnik, D. B. (2008). Randomized controlled trials in environmental health research: Ethical issues. *J Environ Health*, 70(6), 28-30.
- Robins, S. P., Chattejee, P., & Canda, E. R. (1998). *Contemporary human behavior theory: A critical perspective for social work*. Needham Height, MA: Allyn & Bacon.
- Seok, J. E. (2004). Women and poverty in Korea: The feminization of poverty? *J Soc Welf*, 56(2), 167-194.
- Song, D. Y. (2006). Psycho-social support program for single mothers with dependent children and alternative empowerment approach. *J Fam Welf*, 11(1), 131-154.
- Sung, J. H., & Song, D. Y. (2006). A study of the economic and emotional conditions of the working poor women. *J Soc Welf Policy*, 25, 81-106.
- Zack, M. M., Moriarty, D. G., Stroup, D. F., Ford, E. S., & Mokdad, A. H. (2004). Worsening trends in adult health-related quality of life and self-rated health in the United States, 1993-2001. *Public Health Reports*, 119, 493-505.

ABSTRACT

Effects of an Empowering Program on Health Quality of Life,
Decision Making Self-efficacy, Self-care Competency,
and Reasonable Medical Care Utilization
among Low Income Women Households

Ahn, Yang Heui(Professor, Department of Nursing, Wonju College of Medicine, Yonsei University, Nursing Center for Women's Health)

Kim, Ki Kyong(Associate Professor, Department of Nursing, Wonju College of Medicine, Yonsei University, Nursing Center for Women's Health)

Kim, Gi Yon(Associate Professor, Department of Nursing, Wonju College of Medicine, Yonsei University, Nursing Center for Women's Health)

Song, Hee-Young(Associate Professor, Department of Nursing, Wonju College of Medicine, Yonsei University, Nursing Center for Women's Health)

Purpose: The study assessed the effects of a 12-session empowering program to promote health quality of life, decision making self-efficacy, self-care competency, and reasonable medical care utilization among low income women households in one rural area. **Methods:** A quasi-experimental, one-group pre-posttest design was employed. A total of 28 women enrolled as medicaid recipients in the Public Health Center of W city agreed to participate. The empowering program consisted of 12 sessions addressing health education for self-care of disease, medication management, and counseling for psycho-social support. The intervention was delivered by five nurses and one social worker. Women completed a structured questionnaire measuring the study variables with demographic characteristic before and after the intervention. Data were analyzed by PAWS Statistics 17 utilizing descriptive statistics and paired t-test. **Results:** After the intervention, significant increases were evident in participant health quality of life ($t=-5.83$, $p<.001$), decision making self-efficacy ($t=-4.86$, $p<.001$), self-care competency ($t=-8.16$, $p<.001$), and reasonable medical care utilization ($t=-3.97$, $p<.001$). **Conclusion:** The 12-session empowering program on health quality of life as well as self-care competency was effective when delivered to low income women households. Further studies with larger numbers of participants and a control group are necessary to validate the results.

Key words : Empowerment, Poverty, Woman, Self-efficacy, Self-care